Das Frühaufstehen der Laparotomierten.

Von

H. J. Boldt
in New York.

Sonderabdruck aus den „Verhandlungen des VI. Internationalen Kongresses für Geburtshülfe und Gynäkologie, Berlin, 9.—13. September 1912".

ALLZEIT VORAN
S. K.

BERLIN
VERLAG VON S. KARGER
KARLSTRASSE 15.

Medizinischer Verlag von S. KARGER in Berlin NW. 6.

Soeben ist erschienen:

Der Haftapparat der weiblichen Genitalien.

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY
Coll. WelMOmec
Coll. pam
No. WO 178
1912
B68f

Von

Priv.-Doz. Dr. Ed. Martin,

Oberarzt an der Kgl. Univ.-Frauenklinik in Berlin.

II. Teil: Der Prolaps.

Gr. Royal. Mit 24 Tafeln. Kart. Preis M. 25,—.

I. Teil: Beckenbindegewebe, Faszien- und Muskelapparat

Gr. Royal. Mit 16 Tafeln. Preis M. 12,—.

Monatsschrift für Geburtshülfe (aus einer ausführlichen Besprechung von Prof. W. A. Freund): ... Ich habe den Inhalt des E. Martin schen Werkes so ausführlich wiedergegeben aus zwei Gründen. Ich wollte erstens vielen der neusten literarischen Produktionen jüngerer Kollegen gegenüber auf den reichen Inhalt dieser Arbeit hinweisen, und ich wollte in zweiter Linie zeigen, daß ich diese von mir besprochene Arbeit sorgfältig gelesen habe. Ich stehe mit der Klage über Überproduktion seichter, übereilter Produktionen gynäkologischer Literatur nicht allein. Die direkten Heilmittel so ungesunder Zustände sind nicht leicht anzugeben, und wenn angegeben, nicht leicht anzuwenden. Inzwischen hilft sich die menschliche Natur in sehr einfacher Weise. Sie genießt sehr wenig von dem Dargebotenen, wirft auch von dem Aufgenommenen einen erklecklichen Teil wieder aus, verdaut und gliedert nur sehr Weniges an zu dauerndem Besitze. Diese Naturhilfe ist das Ergebnis langjähriger Erfahrung, vermöge deren man den Wert des Gelesenen schnell im Beginne richtig einzuschätzen und mit ökonomischer Verwertung seiner Rezeptionskraft angemessene Auswahl zu treffen versteht. Der Ungeübte läuft Gefahr, seinen Kopf mit unnötigem Zeuge zu belasten und, übermüdet und übersättigt, Tüchtiges in dem Wuste der dargebotenen Literatur unbeachtet beiseite liegen zu lassen. E. Martins gediegene Arbeit wird vor solchem Schicksale bewahrt bleiben. (Auch für ihre materielle Dauerhaftigkeit, die nach dem Urteile der Herren Bibliothekare für eine große Menge neuer Bücher schlecht garantiert ist, hat der Herr Verleger des Werkes durch eine ausgezeichnet schöne Ausstattung gesorgt.) Der Verfasser hat seine Aufgabe wohl überlegt, die zu lösenden Fragen scharf umschrieben. die richtigen Arbeitsmittel ausgewählt, mit Fleiß und Sicherheit in Gebrauch gezogen, die Ergebnisse seiner Untersuchungen sorgfältig abgewogen und in deckendem Ausdruck dargestellt. Die Präparate sind für den lehrhaften Zweck gut gewählt und vorzüglich ausgeführt.

Wiener klin. Wochenschrift (Schluß einer ausführlichen Besprechung von Prof. Schauta): Niemand wird das Werk E. Martins aus der Hand legen, ohne nachhaltige Befriedigung zu empfinden. Eine gediegene ernste Arbeit eines noch jungen, aber schon gediegenen ernsten Forschers, von dem die Gynäkologie noch viel zu erwarten hat.

Medizinischer Verlag von S. KARGER in Berlin NW. 6.

22500895528

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE
303950
Gynae Coll.

Das Frühaufstehen der Laparotomierten.

Von

H. J. BOLDT
in New York.

Es ist bemerkenswert, daß sich die Gewohnheit der Operateure, ihre laparotomierten Patienten drei, vier, ja sogar sechs Wochen lang in Rückenlage ans Bett zu fesseln, so viele Jahre erhalten hat. Denn es ist wohl jedem, der über ein größeres Material verfügte, schon passiert, daß laparotomierte Patienten innerhalb der ersten Tage heimlich ihr Bett verlassen haben, ohne Schaden zu nehmen. Meine erste derartige Erfahrung stammt aus dem Jahre 1884, als eine wegen eitriger Adnexerkrankung Operierte sich während der ersten Nacht eine kurze Abwesenheit der Wärterin zunutze machte, die Eisbeutel abnahm, aufstand, und mit einer dicken Doppeldrainageröhre in der Bauchwunde, die Treppe hinunterstieg. Das unerhörte Wagestück bereitete der nachlässigen Wärterin und mir einige Tage von Angst und Bangen, der Patientin selbst aber keine weiteren Beschwerden.

Ähnliche Beobachtungen, die sicherlich nicht vereinzelt waren, hätten uns eigentlich schon lange auf den Gedanken bringen sollen, daß eine ausgedehnte postoperative Bettruhe zum mindesten unnötig sei.

Übrigens lehrt uns bekanntlich die Geschichte der Ovariotomie, daß die **erste** laparotomierte Patientin schon bald nach der Operation aufgestanden ist. Als *Ephraim McDowell* in Danville, Kentucky, im Jahre 1809 die historisch erste Ovariotomie ausgeführt hatte, wurde er sofort nach der Operation auf mehrere Tage aus der Stadt gerufen. Am *fünften Tage post operationem zurückgekehrt, fand er seine Patientin vor, wie sie ihr Bett und ihr Zimmer in Ordnung brachte.* Siebzehn Tage später legte die gute Frau im Sattel 60 Meilen (englische) durch die Wildnis in ihre Heimat zurück und erreichte ein hohes Alter.

Im Jahre 1889 entwich eine Patientin 3 Tage nach einer vaginalen Hysterektomie aus der Klinik und wanderte zu Fuß 14 englische Meilen in ihre Heimat. Als sie sich später gelegentlich

wieder vorstellte, versicherte sie mir, daß, mit Ausnahme der großen Mattigkeit, ihr die Fußtour nicht geschadet hätte. Und als kurz darauf eine andere auf die gleiche Weise schon am zweiten Tage post operationem dem Hospital entlief und nachgewiesenermaßen ihre Hausarbeit ohne Störung besorgen konnte, zog ich aus solchen zufällig gemachten Erfahrungen natürlich den Schluß: ich ließ seit dem Jahre 1890, also seit 22 Jahren, systematisch eine jede Frau, bei der eine *vaginale Hysterektomie* gemacht war, innerhalb von 2—3 Tagen, oder besser gesagt, sobald sie sich völlig von den Nachwirkungen der Narkose erholt hatte, aufstehen und herumgehen. Davon ausgeschlossen wurden nur die Fälle, bei denen ein Paravaginalschnitt oder Dauerklemmen zur Verwendung gekommen waren.

Als ich dann später zufällig von einer in weiteren Kreisen unbeachtet gebliebenen Publikation von *Ries* in Chicago (Journ. of the Amer. med. Assoc., Aug. 1891), in welcher ein ähnliches Regime auch für laparotomierte Patienten empfohlen wurde, Kenntnis bekam, wandte ich sofort meine bisherige Methode des Frühaufstehens vaginal operierter Fälle auch auf die Laparotomien an und bin seitdem in Wort und Schrift vielfach dafür eingetreten.

Trotzdem nun dieser „neue" Vorschlag schon genügend nachgeprüft und es bereits bewiesen ist, daß, bei richtiger Auswahl der Fälle, dieses Verfahren nicht nur ungefährlich, sondern von großem Nutzen ist, so finden sich noch viele Gegner der Methode.

Es sind nunmehr 8 Jahre verstrichen, seitdem ich angefangen habe, alle meine Patientinnen, wenn keine der später zu erwähnenden Kontraindikationen vorlag, zu ermutigen, ihr Bett so bald als möglich nach der stattgehabten Laparotomie zu verlassen. Eine große Anzahl tat dies innerhalb der ersten 24 Stunden; eine kleine Zahl sogar noch am Operationstage, so daß sie, wenn am Morgen operiert wurde, schon am Nachmittag desselben Tages in einem bequemen Stuhl neben ihrem Bett saßen. Fragen Sie mich, ob niemals Unfälle dabei vorgekommen, so kann ich gewissenhaft mit „nein" antworten. Ich habe keinen Unfall, der der Methode zur Last gelegt werden darf, zu verzeichnen. Unter den mehr als tausend Fällen habe ich nur zwei Komplikationen erlebt: Die Bauchwunde ist trotz des festen Pflasterverbandes geplatzt; auch die Frauen sind zugrunde gegangen. Solche Unfälle kommen auch bei den ruhig in Rückenlage gehaltenen Laparotomierten vor. Die beiden litten unter exzessiv heftigen Hustenstößen.

Wenn unser Zweck bei allen Behandlungsmethoden der ist, daß wir unseren Kranken nützen wollen, so habe ich die Überzeugung, daß wir das tun, wenn wir unseren laparotomierten Patienten frühzeitig körperliche Bewegungen anordnen und sie aus dem Bett bringen.

Lassen Sie mich nun kurz die gewöhnlichen Maßregeln beschreiben, die von mir innegehalten werden.

Die Vorbereitung ist möglichst einfach.

Falls die Patientin schon einige Tage vor der Operation ins Hospital kommt, so wird gewöhnlich darauf bestanden, daß die Blasen- und auch mitunter die Darmentleerungen im Bett liegend stattfinden, damit sie daran gewöhnt ist, sollte es aus irgendeinem Grunde notwendig sein, daß sie im Bett bleiben muß.

Wenn die Darmentleerungen vorher normal waren, wird kein Abführmittel gegeben, sondern am Abend vor der Operation nur eine Darmausspülung. Dann folgt die gewöhnliche Reinigung des Abdomen und der Vagina; schließlich wird ein steriler Verband um den Leib gelegt. Direkt vor der Operation erfolgt Bepinselung des Abdomen mit 5 proz. Jodtinktur.

Von der vorherigen Verabreichung von Skopolamin mit Morphium bin ich wieder abgekommen, ausgenommen bei Frauen, die sehr aufgeregt sind, seitdem ich während der Narkose (Gas und Äther) zwei Todesfälle erlebt, deren Ursache nicht durch einen pathologischen Befund erklärt werden konnte.

Nicht selten wird eine Magenausspülung angewendet, ehe noch die Patienten aus der Narkose erwachen.

Wenn die Kranke sehr anämisch ist, wird eine Gummibinde um den oberen Teil der Schenkel gelegt, damit die unteren Extremitäten als Blutreservoir dienen; diese Binden werden bei Schluß der Operation wieder abgenommen.

Außerdem wird bald nach Anfang der Operation eine 0,9 proz. Salzwasserinfusion von 1000—1500 ccm intravenös verabreicht.

Nach Beendigung der Operation und Schluß der Bauchwunde durch Etagennaht von Katgut (für die Faszie wird chromisiertes Katgut gebraucht) wird ein dünnes, schmales Polster steriler Gaze über die Wunde gelegt. Um Reizerscheinungen zu verhüten, wird das noch in der Bauchhaut befindliche Jod mit Alkohol abgewaschen und darauf die Haut mit Äther getrocknet. Zwei kurze, schmale Streifen Zinkoxyd-Heftpflaster halten das Gazepolster in situ, während der große Dauerverband angelegt wird. Dieser besteht ebenfalls aus *Zinkoxyd*-Heftpflaster (andere Pflastersorten reizen zu viel), welches in ganzer Breite (32 cm) der Originalrolle

genommen wird und in solcher Länge, daß das Pflaster doppelt über den ganzen Leib bis zum Rücken zu liegen kommt. Am unteren Teile wird ein kleines, halbmondförmiges Stück herausgeschnitten, damit der Verband bei der Darmentleerung nicht beschmutzt wird. Die Enden werden durch drei Einschnitte in vier Teile von gleicher Breite geteilt; diese Enden oder Schwänze werden, von unten angefangen, *fest* angelegt, so daß durch die dachziegelartige Anlegung der Schwänze der Leib durch eine doppelte, fest aufgeklebte Pflasterlage immobil gehalten wird. Es wird, in anderen Worten, eine Scultetusbinde aus Zinkoxydpflaster angelegt. Die zwei obersten Schwänze werden nicht so stramm angezogen, damit der Magen nicht zu sehr komprimiert wird.

Man muß darauf achten, daß die Qualität des Pflasters gut ist, damit es auch fest anklebt.

Die dem Pflaster aufgelegte Schutzbedeckung wird entfernt und die Einkerbungen gemacht, nachdem die Patientin bereits auf dem Pflasterverband in richtiger Lage liegt; dadurch wird das Verkleben des Pflasters durch unvorsichtiges Hantieren verhindert. Bei mageren Personen wird ein kleines Wattepolster auf die vorspringenden Hüftbeine gelegt. Über den Pflasterverband lasse ich dann noch einen gewöhnlichen Stoffverband zur Reinhaltung und beständigeren Anschmiegung des Pflasterverbandes legen.

Narkotika werden post operationem so viel als möglich vermieden.

Zunächst beschweren sich die Patienten über die Festigkeit des Pflasterverbandes, meistens fühlen sie sich erleichtert, sobald sie außer Bett sind. Ist jedoch der Druck des obersten Streifens allzu lästig, so wird seitlich, auch mitunter vorn, eine kurze, etwa 3 cm lange Einkerbung in die Streifen gemacht.

Die Kranken werden in Bewegungen des Körpers nicht beschränkt. Sobald sich die Unannehmlichkeiten der Narkose gelegt haben, werden sie dazu ermuntert, aufzustehen, wenn sie sich nur einigermaßen danach fühlen. Ferner wird keine besondere Diät verabreicht, sondern, sowie keine Übelkeit oder Erbrechen infolge der Narkose vorhanden, die gewöhnliche Kost gegeben, falls nicht besondere Gründe vorliegen, eine Änderung vorzunehmen. Die Kost soll von Anfang an recht nahrhaft sein.

Beim Aufstehen darf die Patientin sich nicht anstrengen, sondern muß, von einer Wärterin mit einem Arm unter dem Oberkörper gestützt, mit dem anderen unter die unteren Extremitäten, den Steiß als Stützpunkt, im Bett gedreht werden,

so daß sie in sitzender Stellung am Bettrande anlangt; dann wird sie behutsam auf den Fußboden gestellt, macht mit Unterstützung einige Schritte zum Stuhl, in den sie behutsam und komfortabel gesetzt wird, mit Unterschiebung einer Fußbank.

Dieses Verfahren wird innegehalten, auch wenn eine geringe Temperatursteigerung vorhanden ist.

Gewöhnlich wird es der Patientin überlassen, wie lange sie aufbleibt; meistens verlangen sie das erste Mal, schon innerhalb einer Stunde in ihr Bett zurückgebracht zu werden. Im anfänglichen Enthusiasmus habe ich sogar einige Patientinnen dazu gezwungen, daß sie schon einige Stunden nach der stattgehabten Operation außer Bett kamen. Einige Male ist es vorgekommen, daß Patienten schon vor Ablauf der ersten zwei Tage so herumgegangen sind und sich so selbständig bewegten, als wären sie überhaupt nicht operiert worden.

Ich bestehe nicht mehr darauf, daß Patienten am ersten oder zweiten Tag aufstehen, weil sich Kranke kurz nach der Operation immerhin noch recht elend fühlen. Obwohl ich mich überzeugt habe, daß es ohne Gefahr geschehen kann, richte ich mich jetzt nach dem Allgemeinbefinden. Die Durchschnittsdauer der absoluten Bettruhe beträgt nicht über drei Tage.

Bei „unreinen" Operationen, bei denen viele Darmverwachsungen gelöst wurden oder Eiter sich in das Peritoneum ergossen hatte, bei denen vaginale Drainage — abdominale kommt nicht mehr zur Anwendung — gebraucht wird, werden die Patienten überhaupt nicht in horizontaler Lage ins Bett zurückgebracht, sondern in halbsitzender Stellung. Sie werden ganz besonders dazu ermutigt, sich außerhalb des Bettes so viel als möglich aufzuhalten, sowie sie die Narkose vollständig überwunden haben.

Bei Patienten, die im Bett gehalten werden, werden Massage und passive Bewegungen der Extremitäten schon am ersten Tage angewendet.

Wenn der Zustand der Patientin normal ist, dann wird die Wunde nicht eher inspiziert, als bis der Pflasterverband abgenommen wird. Dieser Zeitpunkt variiert von 2—4 Wochen, je nachdem der Pflasterverband gehaftet hat. Das kommt wieder auf den Zustand der Haut an. Bei Personen, welche schwitzen, bleibt das Pflaster nicht so lange haften, als bei anderen. Die Durchschnittsdauer ist etwa 3 Wochen. Muß es früher abgenommen werden, so bleibt die Kranke ein oder zwei Tage ohne Pflasterbinde liegen, die mehr oder weniger irritierte Haut wird öfters mit verdünntem Alkohol abgewaschen und gepudert, ehe

der neue Verband angelegt wird. Die Mehrzahl der Patienten verläßt das Hospital mit dem ersten Pflasterverband.

Steigt die Temperatur nach genügender Darmentleerung über 38,5 C, oder klagen die Patienten über Schmerz in der Wunde, der durch mäßigen Druck der auf die Bauchwunde gelegten Hand noch erhöht wird, dann wird die Wunde umgehend inspiziert, indem man den Verband vorne in der Mittellinie über dem Gazepolster durchschneidet. Wird die Wunde normal gefunden, so wird nur ein frisches Gazepolster aufgelegt und die Durchschnittsstelle durch einige breite lange Pflasterstreifen wieder fest vereinigt. Ist aber Eiterung vorhanden, so wird der Verband ganz entfernt, der Eiterherd ausgiebig freigelegt und *mit reiner Karbolsäure tüchtig ausgerieben, worauf die Wundfläche sofort mit reinem Alkohol ausgewaschen wird.* Dadurch erzielt man eine ganz bedeutende Einschränkung der Eiterungsdauer. Sobald die Eiterung endgültig sistiert hat, wird abermals ein Pflasterverband angelegt, die Patientin darf wieder umhergehen.

Um nun auf den Wert des Frühaufstehens einzugehen, so darf ich behaupten, daß die so behandelten Patienten seltener Thrombose bekommen, als die nach alter Methode behandelten. Das erscheint selbstverständlich, wenn wir annehmen, daß doch mitunter Thrombosen auf Zirkulationsstörungen beruhen und nicht ausschließlich auf Infektion, wie von mancher Seite behauptet wird. Dies trifft besonders bei Myomoperationen zu, speziell wenn die Frauen große Blutverluste hatten.

Sollte eine Thrombose sich bemerkbar machen, so ist es angezeigt, die Kranke wieder in passende Ruhelage zu bringen wegen der Gefahr einer Embolie.

Ich halte mich zu der Behauptung berechtigt, daß die Gefahr der Thrombose bei recht baldiger körperlicher Bewegung der Patienten geringer ist, weil ich während des betreffenden Zeitraums von 8 Jahren nur drei Thrombosen habe feststellen können. Davon war die eine, die letzte, bei einer Patientin mit einem karzinomatös entarteten Ovarialkystom, das eine Handbreit über dem Nabel reichte und an seiner ganzen Oberfläche adhärent war.

Die weiteren Vorteile des Frühaufstehens lassen sich kurz wie folgt skizzieren:

1. Es ist weniger Übelkeit und Erbrechen vorhanden.
2. Blähungen gehen früher ab, wenn die Kranken aufsitzen.
3. Spontane Darmaktion und Blasenentleerung tritt früher ein.

4. Respirationsstörungen sind selten. Ich habe noch niemals eine hypostatische Pneumonie bei so Behandelten gesehen.

5. Die Kranken werden nicht durch die Bettruhe geschwächt, assimilieren ihre Nahrung gut und fühlen sich gewöhnlich recht zufrieden.

6. Sie können zu ihrer früheren Beschäftigung meistens nach 3—4 Wochen zurückkehren. Bei der alten Methode dauerte es doch gewöhnlich doppelt so lange.

Mäßige Hausarbeit können sie schon nach 2—3 Wochen verrichten.

Handelt es sich um sehr heruntergekommene, abgearbeitete, nervöse Personen, so halte ich es für richtiger, daß sie länger im Bett bleiben, und daß man gleich die Gelegenheit wahrnimmt, um bei ihnen, soweit es unter den Umständen möglich ist, eine Mastkur vorzunehmen. Solche Frauen bedürfen der Ruhe.

Ebenfalls würde ich es für kontraindiziert halten, Patienten mit einem unregelmäßigen Puls aufstehen zu lassen; gleichfalls, wenn höhere Temperatursteigerungen eintreten. Hier muß man zuerst versuchen, die Ursache zu eruieren und zu beseitigen.

Sonstige Kontraindikationen für das Frühaufstehen gibt es für mich nicht.

Eine wichtige, ja vielleicht die wichtigste Frage ist die nach der Häufigkeit von Bauchbrüchen. Leider ist es mir unmöglich, eine große Zahl kontrollierter Fälle zum Vergleich mit den nicht so behandelten zusammenzustellen, weil wir in Amerika bei dem Mangel polizeilicher Anmeldungen und bei dem häufigen Wohnungswechsel der Bevölkerung nicht in der Lage sind, eine exakte Kontrolle über unsere Fälle zu führen. Aber es hat auf mich den Eindruck gemacht, daß sich der Prozentsatz bei Frühaufstehen nicht vergrößert hat, und daß sich die Ursache von Brüchen auf andere Faktoren zurückführen läßt.

Über das Platzen der Bauchwunde habe ich im Anfang meine Erfahrung angedeutet. Auch das kann vermieden werden, wenn die Wunden sicherer gestellt werden, indem man vor Anlegung der Etagennähte einige Sicherheitsnähte aus Silberdraht, Silkworm oder Seide anlegt und diese dann über eine Gazepelotte knüpft, nachdem die Etagennähte angelegt sind. Ich habe dies nur bei sehr korpulenten Frauen getan.

Für die Anstalt und für den Operateur, wenn die Zahl der zu seiner Verfügung stehenden Betten beschränkt ist, ist es ebenfalls

von Vorteil, wenn man die betreffenden Betten 1—2 Wochen früher wieder für neue Patienten zur Verfügung bekommen kann.

Schließlich dürfen wir nicht den Umstand außer acht lassen, daß abgekürzter Hospitalaufenthalt, geringere Dauer der Konvaleszenz und dadurch ermöglichte schnellere Wiederaufnahme der Erwerbsfähigkeit sozialökonomische Faktoren von größter Bedeutung sind, welche auf dem Guthaben des Frühaufstehens Laparotomierter nicht fehlen dürfen.

Medizinischer Verlag von S. KARGER in Berlin NW. 6.

Zur Kenntnis

des

Uteruskarzinoms.

Monographische Studie über Morphologie, Entwicklung, Wachstum, nebst Beiträgen zur Klinik der Erkrankung.

Von

Prof. Dr. J. Schottlaender und **Prof. Dr. F. Kermauner**

Vorstand des Laboratoriums der II. Frauenklinik — Privatdozent

an der Universität Wien.

Mit 268 Abbildungen im Text und 16 Tafeln.

Lex. 8°. VII u. 763 S. Preis eleg. gebd. M. 42,—.

Zeitschrift für Geburtshülfe: Niemand wird diese dem verstorbenen Mitarbeiter *von Rosthorn* gewidmete stattliche Monographie ohne große Achtung vor der gewaltigen Arbeitsleistung der Autoren und dem Unternehmungsmute des Verlegers auch nur flüchtig zur Hand nehmen. Trotz des Umfanges wird das Buch seinen Weg machen, da es ohne jede Konkurrenz ist; gibt es doch kein Organ, dessen Karzinomerkrankung von solch klinischer Bedeutung wäre. Ich wüßte auch keine Geschwulst zu nennen, welche eine so eingehende und umfassende monographische Darstellung erfahren hätte, so daß die Gynäkologie stolz auf den Besitz eines solchen Werkes sein darf. Es liegt hier kein Lehrbuch vor, sondern neben einer von großer Belesenheit der einschlägigen allgemeinen und speziellen Literatur zeugenden, sehr kritischen Beurteilung der modernen Ansichten ein Quellenwerk, welches die objektiven Tatsachen mühevoller Untersuchung dem Leser ausführlich im einzelnen unterbreitet und zahlenmäßig mit pedantischer Gewissenhaftigkeit zu Urteilen verarbeitet. So liegt denn der Hauptwert des Buches in der unbeirrten statistischen Ausarbeitung, der gegenüber man mit subjektiv gewonnenen Eindrücken nicht aufkommen darf . . . . . .

Zentralbl. f. Gynäkologie: Wie der Titel zeigt, ein großes Unternehmen und in der Tat eine achtunggebietende Leistung; ein durch zahlenmäßige Verwertung sehr zahlreicher und ausgedehnter Untersuchungen wertvolles Quellenwerk und zugleich eine eingehende kritische Darstellung der modernen Ansichten in größtem Umfange. Der Hauptteil ist anatomisch und stützt sich auf 135 Uteruskarzinome und einige Vaginalkarzinome . . . .

American Journal of Obstetrics: Seldom has a work appeared with the high scientific ideal of that of *Schottlaender* and *Kermauner* „Carcinoma of the Uterus" . . . . . There have been published, since this work was begun, a number of books on its subject; but in no instance has there been a happier union of authors . . . . . .

Medizinischer Verlag von S. KARGER in Berlin NW. 6.

Medizinischer Verlag von S. KARGER in Berlin NW. 6.

Der Infantilismus, die Asthenie

und deren Beziehungen zum Nervensystem

Von

Prof. Dr. Paul Mathes

Privatdozenten für Geburtshülfe und Gynäkologie an der Universität in Graz.

Mit 8 Abbildungen im Text. — Preis M. 6,—, geb. M. 7,20.

Mitteilungen des Vereins der Aerzte in Steiermark: Die vorliegende Monographie ist nicht nur für den Gynäkologen, sondern auch für den Internisten und Nervenarzt von außerordentlichem Interesse und kann als die erste zusammenfassende Darstellung des Gegenstandes bezeichnet werden. Durch hervorragende Kennitnis der Literatur und durch ein scharfes kritisches Urteil vermochte der Autor dem schwierigen Gegenstande gerecht zu werden. Größte Beachtung verdienen die Kapitel über die Mechanik der Leibeshöhle im Ruhezustande und bei der Atmung sowie bei Enteroptose. Die auf Grund dieser Betrachtungen gewonnenen Grundsätze verwendet *Mathes* zur Ausgestaltung seiner Lehre über den asthenischen Infantilismus. Auch für den Prolaps der asthenisch Infantilen werden mechanische Momente in der Beckenhöhle gefunden. Der klinische Teil der Arbeit ist vorzüglich zusammengefaßt und gibt eine erschöpfende Darstellung des eigenartigen und wechselnden Krankheitsbildes. Den vorgeschlagenen therapeutischen Maßnahmen muß rückhaltlos zugestimmt werden. Im Anhange wird die Stellung der Infantil-Asthenischen in der Gesellschaft einer eingehenden Betrachtung unterzogen.

Hundert Totalexstirpationen bei Myoma uteri ohne Todesfall.

Zugleich ein Beitrag zur Technik der gynäkologischen Laparotomie.

Von

Hofrat Dr. S. Flatau

in Nürnberg.

Preis M. 2,40.

Medizinischer Verlag von S. KARGER in Berlin NW. 6.